

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1902-1903. — N° 135

DES
INTERVENTIONS CHIRURGICALES
sur l'Estomac

DANS LES VOMISSEMENTS REBELLES DE L'HYSTÉRIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Janvier 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL DURAND

Ex-Interne des Hôpitaux de Grenoble

Né à Tencin (Isère), le 13 mai 1878



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1903



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1902-1903. — N° 135

DES
INTERVENTIONS CHIRURGICALES
sur l'Estomac

DANS LES VOMISSEMENTS REBELLES DE L'HYSTÉRIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Janvier 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL DURAND

Ex-Interne des Hôpitaux de Grenoble

Né à Tencin (Isère), le 13 mai 1878



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

1903



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.
CROLAS QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	WEILL.
Matière médicale et Botanique	MONOYER.
Parasitologie	HUGOUNENQ.
Anatomie	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie	FLORENCE.
Physiologie	LORTET.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie externe	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	MORAT.
Anatomie pathologique	TEISSIER.
Médecine opératoire	AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée	MAYET.
Médecine légale	TRIPPIER.
Hygiène	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique	ARLOING.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	SOUlier.
	CROLAS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN. —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements	FABRE, —
Botanique	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
COLLET.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
BOYER.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BARRAL.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
MOREAU.	PAVIGT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
			CAUSSE, ch...

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. SIRAUD, Assesseur;
MM. VILLARD et TIXIER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Avant de commencer ce travail, nous sommes heureux de suivre la tradition et d'exprimer notre profonde gratitude à tous ceux qui formèrent notre cœur. Il nous est particulièrement doux de remercier nos maîtres de l'Ecole de Médecine de Grenoble. Pendant nos deux années d'Internat (trop vite envolées hélas !) à l'hôpital de cette ville, ils nous firent toujours l'accueil le plus bienveillant, nous prodiguèrent toujours les conseils les plus éclairés.

M. le professeur Poncet nous fait l'honneur de présider notre thèse : il a droit à tous nos remerciements.

Nous sommes également reconnaissant envers M. le docteur Delore qui nous a inspiré ce sujet.

Quant à nos amis, ils peuvent être assurés que jamais les distances, quelles qu'elles soient, n'effaceront le souvenir agréable des moments que nous avons passés ensemble.

INTRODUCTION

Parmi les manifestations si nombreuses et si variées de l'hystérie, de cette maladie qui simule toutes les autres, il en est une bien étudiée, bien connue, surtout depuis la thèse documentée de Basset, soutenue à Paris en 1888. Chez certains hystériques, l'effort du mal semble s'être concentré sur l'estomac pour simuler les affections de ce viscère, gastrite, gastralgie, dyspepsie, ulcère et souvent ce symptôme banal des vomissements.

Bien entendu, il y a à distinguer deux formes. L'une est bénigne, due au rejet complet des aliments, très longue, durant cinq à dix ans avec un assez bon état général, et avec des vomissements aussi répétés, c'est un phénomène frappant, le pouls et l'embonpoint restent intacts. Ce contraste est très important et peut même dans certains cas permettre de faire un diagnostic *a priori*. Au contraire, il peut y avoir intolérance de l'estomac, ou bien se greffer sur la première forme une anorexie secondaire capable par-

fois d'entraîner la mort par inanition. Cette éventualité s'est produite quelquefois chez l'adulte (1). Dans les cas de Pomme, de Royer-Collard, de Basset, de Georget, de Jacques, de Tom Robinson, de Basset (2), de Pitres (3) et de tant d'autres auteurs.

Le terrain inanitié est, du reste, un excellent milieu de culture pour la bacillose ; aussi se développa-t-elle dans le cas de Bernitz.

Ces vomissements peuvent relever des troubles moteurs : c'est le cas le plus fréquent. Tantôt c'est l'atonie ou la paralysie de la musculature gastrique. (*Vaporeuses des deux sexes*, paru en l'an VII.)

Jusqu'ici on ne les a guère observés chez les enfants, malgré quelques cas rapportés par Pitres, Dumontpallier, Moussons, et en réalité les vomissements hystériques sont ou semblent fort rares chez les enfants.

Aussi n'y insisterons-nous pas davantage, il y a dans l'estomac accumulation de chyme qui amène l'expulsion par voie réflexe ; tantôt et surtout il existe un spasme : s'il siège au cardia, il y a, à proprement parler, régurgitation et non vomissement, donc ce cas s'élimine de lui-même du plan de ce travail. Si, au contraire, le spasme siège au pylore, nous avons le vrai rejet alimentaire.

(1) Les vomissements hystériques ont été signalés par Pomme dans son traité des affections.

(2) BASSET. — *Loc. cit.*

(3) PITRES. — (Leçons cliniques sur l'hystérie), Tom Robinson (*Lancet*, 1893).

Des vomissements hystériques par pneumo-gastralgie ont été signalés par Huchard ; ils sont dus à l'hyperesthésie des muqueuses œsophagienne et stomacale, ou plus souvent encore à une irritation fonctionnelle des branches du pneumo-gastrique.

Ceux qui sont dus aux troubles sécrétoires, reproduisent, au niveau de l'estomac, les troubles sécrétoires si nombreux chez les hystériques : polyurie, diaphorèse, galactorrhée, etc. La quantité de pepsine et de mucus se trouve exagérée et il y a gastrorrhée et vomissements réflexes consécutifs.

Enfin, les vomissements peuvent venir de troubles mentaux. Là, comme pour l'anorexie, l'élément psychique existe seul ou à peu près. L'hystérique cherche toujours à attirer l'attention ; elle aime qu'on s'occupe d'elle, elle a le génie de l'imitation. Et on peut dire, avec Pierre Janet, que, dans l'hystérie, c'est toujours une idée fixe, un rétrécissement du champ de la conscience, une concentration sur une seule image de toute l'attention qui donnent naissance à telle anesthésie, à telle paralysie, à telle contraction.

On comprend facilement pour le médecin, l'importance de bien faire le diagnostic de la variété, car chacune d'elles relève d'un traitement particulier. Il est naturellement suggestif, et tous ses détails faits pour impressionner le malade, le guérissent parfois efficacement. L'isolement bien pratiqué réussit quelquefois dans les cas de vomissements mentaux.

Le lavage de l'estomac est surtout efficace dans les troubles sécrétoires, s'il y a atonie on se trouvera

bien de l'emploi de la noix vomique, des frictions et de la faradisation sur la paroi épigastrique, et aussi de pulvérisations d'éther. La faradisation des nerfs vagues pourrait aussi être essayée. Enfin, dans les cas de vomissements spasmodiques, dus en général, à une hypéresthésie de la muqueuse, on emploiera le gavage par le tube de Faucher et même le massage interne de l'estomac qui, d'après Richter, émousse la sensibilité exagérée de cette muqueuse. Cet auteur visite mécaniquement la surface interne de l'organe, la traumatise, pour ainsi dire, par l'introduction du tube de Faucher à bout rond, auquel il imprime des mouvements de plus en plus prononcés. Dans les dernières séances, l'auteur a fait pénétrer une grande partie du tube et a pratiqué une sorte d'effleurage de la muqueuse en appliquant ainsi son tube sur elle. Il a ainsi obtenu un succès dans un cas qui semblait désespéré (1). On comprend aisément que le diagnostic d'hystérie doit être bien établi, car si c'était un ulcère et surtout un cancer, ce serait le vrai moyen d'en faire redoubler tous les symptômes et d'amener une perforation. Ce procédé ingénieux, pris au hasard parmi tant d'autres qu'il serait oiseux de rappeler ici, est bien anodin et concerne trop peu de cas.

Jusqu'en 1888, ce traitement purement médical fut le seul en usage. C'est à peine si Basset peut, à cette époque, citer pour le cas qui nous occupe une laparotomie exploratrice, première voie ouverte à

(1) *Thérap. Monatshefte*, 1898.

la chirurgie, plutôt pour se rendre compte des lésions et pour guérir en suggestionnant. Mais depuis les progrès de l'asepsie et de l'antisepsie, depuis aussi que la gastro-entéro-anastomose a été appliquée et perfectionnée, on est devenu plus audacieux ; et à l'heure actuelle, le bistouri a été employé plusieurs fois contre les vomissements incoercibles de l'hystérie.

Je me propose donc dans ce travail, après ce rapide coup d'œil en arrière, d'étudier les opérations qui ont été pratiquées sur l'estomac au cours des vomissements incoercibles de l'hystérie.

Dans la seconde partie, j'indiquerai celle de ces opérations que l'on devra actuellement préférer.

Enfin, je traiterai de la légitimité et des indications de cette intervention chirurgicale.

PREMIÈRE PARTIE

Il s'agit des opérations chirurgicales pratiquées sur l'estomac au cours des vomissements rebelles de l'hystérie. Nous avons vu que leur histoire était toute récente.

On tenta d'abord la *laparotomie exploratrice* : c'est le cas rapporté dans la thèse de Basset, et encore le diagnostic d'hystérie n'était-il pas absolument ferme ; sans cela probablement on n'aurait pas opéré. On pensait qu'il s'agissait d'adhérences stomacales, erreur féconde en beaux résultats, comme Spencer Wells trouvant le traitement curatif de la péritonite tuberculeuse en croyant avoir à opérer un kyste de l'ovaire. C'est en vain que dans les *Annales Médicales* d'avant cette époque on cherche de pareils faits. Aussi Basset s'étend-il complaisamment sur ce cas, et son observation un peu longue est pleine d'intérêt. La voici très abrégée.

P. E..., 59 ans, mouleur en fonte, entré le 16 décembre 1886 à l'hôpital Necker, salle Saint-Ferdinand, dans le service de M. le Dr Rigall.

Aucun antécédent héréditaire ni personnel. Vers la fin du mois d'août 1883, P..., rentrait un soir de son travail, lorsqu'il absorba par mégarde, croyant boire de l'eau, deux gorgées d'huile de pétrole. Il reconnaît parfaitement son erreur sans cependant en être effrayé. Pendant la nuit et les jours suivants, nausées, éructations, pyrosis, etc. P..., continue son travail habituel, l'appétit était un peu amoindri. Devant l'insuccès de tout l'arsenal thérapeutique, et l'état précaire de P..., M. Rigall lui proposa alors une intervention chirurgicale ayant pour but de constater s'il existe ou non une lésion gastrique ou pylorique, et dans le cas probable d'une sténose pylorique d'origine nerveuse ou autre, de faire une dilatation digitale. Les chances à courir pour la laparotomie faite antiseptiquement par un habile chirurgien sont aujourd'hui minimales, et P..., depuis cinq ans ne pouvait se livrer à aucun travail.

Le malade entre ensuite, le 16 juillet 1887, à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier, remplacé par M. Richelot. Il est très amaigri, mais non cachectique. Émotivité. Hémi-anesthésie.

Douleur au creux épigastrique, qui est couvert de cicatrices de cautères. Estomac un peu dilaté. La palpation ne donne rien. Vomissements se reproduisant toujours dans les mêmes conditions. M. Richelot se demande s'il n'est pas en face d'un néoplasme latent de l'estomac, siégeant au pylore, ou d'une sténose cicatricielle du pylore, consécutive à un ulcus ou à toute autre cause. Une intervention chirurgicale est décidée.

26 août. — Opération. La veille, deux lavages avec l'acide borique, un le matin avant l'opération. Incision médiane de l'appendice xiphoïde à l'ombilic. On arrive sur l'estomac. Le pylore est absolument souple et sain. L'estomac, de forme normale était légèrement dilaté; quoique le malade n'ait pris aucune nourriture depuis la veille.

Suture immédiate de la paroi abdominale. Six fils, cinq

crins de Florence supplémentaires. Iodoforme, compresses Lister, bandage de flanelle.

Glace, Champagne, Todd.

La journée est bonne ; quelques envies de vomir le soir. Le malade rejette à peine deux ou trois bouchées de liquide.

M. Richelot assure au malade qu'il est guéri et ne doit plus vomir.

27 août. — Deux ou trois vomituritions, quelques douleurs épigastriques.

Les jours suivants tout va bien.

2 septembre. — Quelques fils enlevés. Léger abcès.

20 septembre. — Le malade mange de bon appétit et paraît avoir engraisé. Plus de vomissements.

9 octobre. — Poussée de purpura sur les pieds et les jambes. Œdème des membres inférieurs. Albuminurie.

18 octobre. — Passage dans le service du D^r Gailhard-Lacombe dont il sort à peu près guéri le 1^{er} décembre 1887.

Le 6 décembre 1887, il se présente à la consultation de M. Rigal, à Necker. Le malade n'accuse aucun signe du mal de Bright, et pourtant précipité abondant d'albuminurie. Urines claires, 1 litre à 1 litre et demi.

Un peu d'éventration depuis l'opération. Les jours suivants, l'albumine passe de 0,70 centigr. par litre à 0,15 centigr. ; malade engraisse de deux kilos (50 kilos).

4 février. — Les forces reviennent. Régime hospitalier ordinaire. Céphalée peu intense mais continue. Poids 56 kilos.

17 février. — Urines sans albumine. céphalée plus forte.

24 février. — Plus de céphalée, plus d'albumine. Bien-être. Sortie.

Et Basset ajoute :

« Nous, n'hésitons pas à attribuer ici les vomissements incoercibles à l'hystérie, nous basant surtout sur l'anesthésie

totale qui disparut le même jour que les vomissements, et sur la conservation relative d'un bon état général...

On pourrait objecter que les accidents qu'avait présentés P... étaient dus à la forme gastro-intestinale de l'urémie puisqu'il a eu de l'albuminurie deux mois après l'opération et qu'il eut ensuite de la céphalée.

Mais, au moment de l'opération, les urines n'avaient pas d'albumine (ce qui, à la vérité, n'est pas une observation suffisante); il n'y avait aucun symptôme de néphrite, il aurait été étonnant qu'une forme aussi frustée donnât lieu à des troubles urémiques. Enfin, quelle pourrait être l'influence d'une intervention chirurgicale sur la disparition immédiate des vomissements incoercibles, disparition coïncidant avec celle de l'anesthésie.

Il semble bien, en se basant surtout les symptômes, que nous avons ici affaire à des vomissements incoercibles dus à un spasme du pylore.

L'opération n'a été qu'une simple laparotomie exploratrice. Tout étant sain, on persuade à P... qu'après l'opération qui vient d'être faite, il ne doit plus vomir. A partir de ce moment, les vomissements cessent, l'anesthésie disparaît, P... recouvre les forces et la santé et, du 12 octobre 1886, au 24 février 1887, son poids augmente de dix-sept livres.

La guérison est due ici à la suggestion. A maintes reprises nous avons affirmé au malade que tel et tel médicament allait amener sa guérison immédiate, mais son esprit n'était pas assez frappé vivement par nos paroles. Il a fallu les préparatifs d'une opération et l'opération elle-même ».

J'en arrive à un procédé qui a été pratiqué rarement, la *pyloroplastie*, mais dont je rapporte une observation très curieuse :

M. S..., 35 ans, cuisinière. Raconte que sa mère et sa sœur sont mortes d'une maladie d'estomac après une longue inanition, une autre sœur, actuellement vivante, souffre éga-

lement de l'estomac. Elle aurait échappé aux maladies de l'enfance. Les règles apparurent à 18 ans. Depuis deux ans, elles sont irrégulières, très abondantes et douloureuses. Pas de grossesse. Il y a 7 ans, la malade se brûla l'avant-bras gauche avec un fer à repasser. Elle n'a pas ressenti la chaleur, mais les suites de la brûlure la retinrent 15 jours à l'hôpital. A la brûlure succéda une maladie de peau dont on peut encore voir les traces et qui se traduit encore par des cicatrices visibles. Au sujet de cette affection cutanée, j'ai demandé à mes collègues, les docteurs Kriss et Nobll, qui soignèrent la malade à ce moment, de préciser les détails. On aurait vu apparaître au bras, puis au tronc, enfin au visage, des tâches rondes, à contours nets, de la grosseur d'une pièce de 20 kreutzers, d'abord blanches, puis noires. Les parties noires formant croûte se détachèrent, en laissant une surface granuleuse qui se cicatrisa. Au voisinage des points ainsi altérés se trouvait une zone d'anesthésie. Cette affection cutanée dura cinq ans et a guéri depuis deux ans.

Remarquons ici que l'on peut vraisemblablement supposer que cette affection était l'effet et la conséquence de lésions spontanées antérieures.

La malade raconte aussi que, depuis 11 ans, elle a des troubles gastro-intestinaux, consistant en douleurs au niveau de l'estomac, constipation, éructations et vomissements. L'appétit était conservé. Depuis 4 ans, c'est-à-dire, pendant la durée de l'affection cutanée sus-dite, survinrent des hématomèses abondantes, elles avaient un caractère spastique. Il y avait en outre, des malaises, des nausées, des vomissements, de l'inappétence et des céphalées nocturnes. Dans le cours de l'année, les hématomèses se reproduisirent plusieurs fois.

Mon collègue, le Dr Kriss, m'a fait savoir qu'à cette époque, on lui avait à différentes reprises, montré de grandes quantités de sang provenant de vomissements. Deux fois, la

malade dut venir à l'hôpital, en raison de l'intensité de la douleur, mais elle n'y resta que peu de temps et l'on ne put pas y observer de vomissements.

Depuis quelques jours, les hématoméses sont redevenues fréquentes. Elles s'accompagnent de melœna et de douleur dans la défécation. Dans les dernières années, sont survenues souvent de grandes hémorrhagies par les voies génitales.

La malade entra le 9 décembre dans mon service.

Etat actuel. — Sujet de taille moyenne, de squelette grêle, de musculature suffisante quoiqu'un peu maigre. La peau et les muqueuses sont pâles. Le visage, les bras, le tronc sont parsemés de cicatrices rondes ou linéaires, pâles, indolores à la pression.

Pas d'œdème. Pas d'engorgement ganglionnaire. Température normale. Pouls à 88, régulier, normalement tendu, médiocrement plein. Cœur un peu dilaté à gauche, bruits normaux. Poumons sains, abdomen un peu au-dessous du niveau du thorax, de configuration normale. Rate et foie de dimensions normales. L'estomac atteint à peine l'ombilic. Clapotage net à divers moments de la journée, pas de péristaltisme visible. A l'épigastre, au niveau du pylore, on sent à diverses reprises, mais non à tous les examens, un anneau du volume d'une petite pomme, dur, douloureux à la pression, mobile, situé à droite de l'aorte que l'on sent facilement, peu mobile avec la respiration. Ovarie double. L'examen de la sensibilité montre de grandes altérations. Au niveau du visage, de la langue, du cou, du dos et des extrémités, on peut enfoncer profondément une épingle sans provoquer de douleur. La sensibilité totale et la localisation sont intactes. Le sens thermique est troublé : les objets chauds sont sentis comme froids. Le sens des positions est conservé. Les pupilles réagissent promptement à la lumière et à l'accommodation. Les réflexes pharyngé et abdominal sont diminués. Le réflexe patellaire est augmenté, pas de

clonus du pied. Peu de rétrécissement du champ visuel. Le goût, l'odorat, etc., sont normaux.

Il faut remarquer que beaucoup des anamnestiques, ainsi que les renseignements fournis par les premiers médecins traitant ne me furent connus que tardivement. On ne pouvait pas douter que l'on eût affaire à une personne très hystérique, d'autant plus que les hématémèses n'étaient jamais survenues pendant le séjour à l'hôpital. Une fois seulement, la malade avait montré un mouchoir plein de sang, comme preuve d'une hémorrhagie survenue le jour même. Les jours suivants, elle ne vomit pas, mais se plaignit de souffrir beaucoup à l'épigastre, et de passer les nuits sans sommeil. Quoique tous ces signes fissent penser à l'hystérie, il fallait aussi penser à une affection organique de l'estomac, et la tumeur que j'avais perçue plusieurs fois au niveau du pylore me faisait incliner du côté d'une cicatrice d'ulcère. Les constatations objectives (tumeur et légère dilatation) et les signes subjectifs confirmaient ce diagnostic. Je ne pouvais songer à examiner le contenu stomacal car je devais tenir compte des hématémèses que la malade disait avoir eues dans les jours précédents, et ne pas m'exposer à pratiquer une nouvelle hématémèse.

La malade, comme je l'ai déjà dit, se plaignait beaucoup de ses souffrances. Pendant des années, elle avait épuisé sans succès tous les médicaments internes. Elle réclamait une intervention chirurgicale et je résolus de pratiquer une laparotomie, me basant surtout sur les symptômes de la palpation.

17 décembre 1896. — Anesthésie au chloroforme ; incision médiane de 7 cm. au-dessus de l'ombilic. L'estomac n'est pas adhérent ; il n'est pas vraiment dilaté ; sa paroi est hypertrophiée. Pas de tumeur visible ou palpable. Le doigt, refoulant la paroi stomacale dans le pylore, sent un anneau musculaire épais resserrant un peu le pylore, mais sans rien d'anormal. Trois minutes après avoir sorti l'estomac, on cherche à le rentrer dans l'abdomen ; à ce moment, sans

cause apparente, on constate les modifications suivantes : au niveau de la portion pylorique se produit une contraction qui se déplace en forme d'onde, formant une tumeur longue de 6 à 8 cm. environ et épaisse de 4 cm. au moins ; cette portion devient fort dure et fait, en quelque sorte, hernie à travers la plaie de la paroi. Cette tumeur semble, par tous ses caractères, très semblable à celle que l'on sentait à travers la paroi et l'on ne peut avoir aucun doute sur son identité. Cette tumeur dure environ $\frac{3}{4}$ de minute, puis disparaît quand le pylore se relâche.

Ce phénomène se reproduit encore trois fois pendant plusieurs minutes, toujours sans cause et sous anesthésie. On suppose alors qu'un ulcère, situé près du pylore, est la cause de ces contractions spasmodiques et que la portion pylorique de l'estomac s'invagine jusque dans le duodénum. Mais, ni l'inspection, ni la palpation, ne révèlent rien d'anormal dans l'estomac.

L'incision horizontale de l'estomac est alors suturée verticalement (Heinecke, Mikulicz), de façon à produire une dilatation au moins temporaire du sphincter pylorique, traitement qui pourrait sembler rationnel, dans le cas présent, par analogie avec le traitement du spasme qui accompagne la fissure à l'anus. Suture en deux temps de la plaie stomacale. Suture à trois étages de la paroi ; pansement antiseptique. Dès le jour de l'opération, la malade a pu s'alimenter par la bouche ; pendant les premiers jours, elle vomit plusieurs fois, mais, à partir du 5^e jour, les vomissements cessèrent.

Les suites opératoires furent apyrétiques et, au bout de huit jours, la guérison fut certaine. La malade ne souffrait plus, supportait les aliments, ne vomissait plus et augmentait de poids. Le 26 décembre 1896, elle fut présentée à la Société impériale et royale de Médecine. L'état resta satisfaisant jusqu'à l'automne de 1897. La malade se plaignit alors de souffrir de l'estomac d'une façon légère et intermittente ; cependant, l'examen répété à diverses reprises ne révéla jamais de tumeur. Les vomissements et même les

hématémèses auraient reparu par intermittence, mais la malade se contredit à plusieurs reprises à ce sujet, sans qu'on puisse contrôler ses assertions. L'état général pendant l'automne de 1897 était bien meilleur qu'avant l'opération. Dans le dernier semestre je n'ai pas revu la malade.

Indubitablement, ce cas montre l'existence de tumeurs purement spasmodiques de l'estomac. A l'avenir, il faudra compter plus sérieusement avec cette possibilité de diagnostic qu'on ne le faisait quand on pouvait encore douter de la réalité de ces tumeurs spasmodiques. On ne peut guère qualifier ces tumeurs de « fantômes », puisqu'elles existent réellement au moment de la contraction, et celles-ci semblent même durer plus longtemps qu'on ne le suppose généralement par les états spasmodiques. La tumeur qui doit son existence à ce spasme est naturellement inconstante, et c'est là un point important pour le diagnostic, car souvent les tumeurs inflammatoires ou néoplasiques du pylore ne sont pas toujours perceptibles. Dans le cas présent j'ai remarqué souvent la disparition de la tumeur, coïncidant avec des déplacements que lui imprimaient les variations de réplétion stomacale. Je ne vois pas que ce caractère (apparition et disparition alternatives de la tumeur) puisse être regardé comme le symptôme principal des tumeurs spasmodiques de l'estomac. Ce n'est que quand la palpation (et peut-être aussi la vue) aura fait sentir, à travers la paroi, l'apparition et la disparition de la tumeur, fait qui ne semble pas impossible dans de bonnes conditions, que l'on pourra faire d'une façon précise le diagnostic de ces sortes de tumeurs. De même, les changements de consistance ont été enseignés par Talma, pour le diagnostic de la crampe simple du pylore sans tumeur.

Quant à la pathogénie de cette affection, elle est le degré extrême de l'état que l'on décrit dans les ouvrages récents de médecine sous le nom de spasme du pylore. Du reste, cet état était déjà décrit par les anciens auteurs, par exemple

par Föcker (1). Cet auteur parle d'un homme qui souffrit pendant un an de l'estomac et mourut d'amaigrissement et de vomissements. A l'autopsie, on trouva, entre autres lésions, la région du pylore resserrée comme un anneau. A la coupe, la musculuse du pylore atteignait trois à quatre lignes d'épaisseur, elle était ferme, très contractée. La muqueuse du pylore était mince, rosée, très adhérente. Elle se déchirait facilement si on essayait d'ouvrir et de dilater le rétrécissement du pylore. Elle était séparée de l'antré du pylore par deux dépressions allongées, dirigées obliquement en bas, larges à leur base de deux centimètres et longues de plus de trois. On ne trouvait trace à l'estomac ou ailleurs d'aucun processus hypertrophique ou néoplasique. Dans mon cas, j'ai vainement cherché une ulcération de l'estomac. Il est vrai, d'ailleurs, que l'examen intérieur de l'estomac par une incision relativement petite ne donne pas de résultats bien convaincants, et les résultats négatifs de l'inspection et de la palpation ne me semblent pas suffisants pour éliminer tout à fait l'idée d'ulcère. Dans ce cas cependant, il ne me semble pas indispensable d'admettre une telle lésion pour expliquer le spasme pylorique. L'hystérie peut bien être seule en cause. L'absence d'ulcère est d'autant plus probable que pendant tout le temps où on a pu observer la malade à l'hôpital, les hématémèses ne se sont pas produites ; elles n'ont jamais été observées directement par un médecin, et les récits de la malade ne semblent mériter que bien peu de confiance.

La divulsion digitale du pylore aurait davantage raison d'être.

De fait, je puis en citer un cas rapporté par Jaboulay :

Une fois, chez une jeune femme nerveuse, nous avons saisi

(1) *Deutsche Klinik*, 1854.

sur le fait des contractions antipéristaltiques de l'estomac, indépendantes de toute lésion du pylore, partant du pylore et amenant avec de vives douleurs des vomissements incoercibles. Elles résistèrent à la dilatation de cet orifice.

Nous arrivons ainsi à la *gastro-entérostomie* et cette opération est à l'heure actuelle, une des meilleures qui ait été pratiquées sur l'estomac.

Aussi chaque jour, voit-il ses indications augmenter en même temps que sa perfection s'accroître. D'abord appliquée aux cancers seulement, elle le fut ensuite et surtout aux ulcères et à la sténose consécutive du pylore. Enfin, des chirurgiens audacieux l'employèrent contre les vomissements incoercibles de l'hystérie avec ou sans lésions ulcéreuses. Déjà en 1898, Ewald (*Wiener med. Wochen.*), cite un cas de spasme pylorique purement hystérique, traité et guéri par la *gastro-entérostomie* ; et pour lui, l'indication en est très rationnelle. Malheureusement, il m'a été impossible de retrouver l'observation de ce cas.

En 1900, au Congrès de Paris, Von Eiselsberg (de Königsberg), dans une statistique de 160 opérations pratiquées sur l'estomac pendant les quatre dernières années, cite un cas de vomissements rebelles hystériques et y a remédié par la *gastro-entérostomie*. Il a bien voulu nous communiquer les renseignements suivants :

Il s'agit d'une malade hystérique à vomissements incessants, rebelles à tout traitement médical,

I^{re} OPÉRATION.

Le 18 janvier 1898, on pratiqua une gastroplastie pour un estomac en sablier. Une bride circulaire divise en deux portions l'estomac. Une large voie de communication est assurée entre le pylore et le cardia.

II^e OPÉRATION.

Le 10 juillet 1898, nouvelle gastroplastie pour cet estomac en sablier. Comme lors de la première intervention, la partie resserrée permettait le passage de deux doigts.

III^e OPÉRATION.

Le 24 mars 1899, une gastro-gastrotomie fut pratiquée. Il y a des adhérences tout autour de l'estomac, surtout vers la paroi antérieure de l'abdomen. Le rétrécissement existe encore entre la portion d'estomac située vers le pylore et la partie placée vers le cardia. On anastomose ces deux parties.

IV^e OPÉRATION.

On fit une gastro-entérostomie antécolique le 29 décembre 1901. Il y avait de nombreuses adhérences. Une fistule gastro-gastrostomique permettait le passage du doigt. La partie située vers le cardia s'était atrophiée, l'estomac semblait donc normal. Réunion par première intention sans aucune réaction. Mais à l'heure actuelle le malade continue à vomir, malgré cette opération, faite pour voir s'il y avait un ulcère, que l'on ne trouve pas.

Ainsi donc quatre opérations en deux ans : dilatation du rétrécissement, deux gastro-gastrostomies, une gastro-entérostomie, le tout sans bons résultats.

Tuffier fut plus heureux dans un cas de borbo-

rygmes avec spasme pylorique. Voici son observation en résumé :

« Ces borborygmes étaient sans aucune cause appréciable, il y a neuf ans, n'apparaissant d'abord qu'à des intervalles éloignés, mais devenus dans ces dernières années continuels et excessivement violents. La nuit même ils torturaient le malade qui perdant le sommeil et n'osant plus manger, car l'ingestion d'aliments augmentait ses souffrances, se mit à maigrir rapidement et à s'affaiblir au point de ne plus pouvoir travailler. Pas de vomissements....

..... Désespérée de se voir sans travail, de souffrir et de ne pouvoir manger, après avoir essayé toutes les médications possibles, la malade vient me trouver, décidée au suicide si nous refusions de l'opérer.....

Pensant que la dilatation d'estomac est peut-être due à une légère sténose pylorique, nous voulons tenter au moins une laparotomie exploratrice.

Opération. On trouve des brides fixant le pylore à la face inférieure du foie. L'une est surtout longue.

Il y a un rétrécissement duodénal. On fait une gastro-entérostomie postérieure. L'opération est parfaite et la malade sort après seize jours d'hôpital. Vingt-quatre jours plus tard, elle avait repris son travail.

En 1898, M. le professeur Villard fit une opération de même nature chez une jeune femme, pour des vomissements incoercibles hystériques. Mais on disputa beaucoup ce cas, car, quelques temps après, la femme mourut de lésions tuberculeuses. Les vomissements étaient-ils réellement hystériques ou bien tenaient-ils à une gastrite pré-tuberculeuse ? Toute la question est là. Quoiqu'il en soit, la tuberculose pourrait bien s'être greffée sur ce sujet hystérique,

débilité, cachectisé pour ainsi dire par le rejet total et continu de nourriture.

M. le professeur Jaboulay rapporte qu'il a gastro-entérostomisé une malade hystérique pour mouvements anti-péristaltiques de toute la masse intestinale; il y avait vomissements rapides après les lavements. Elle lui avait été adressée d'un service de médecine, pour une fistule gastro-colique supposée qui, du reste, n'existait pas. Il a également pratiqué une gastro-entérostomie pour le cas que j'ai cité plus haut, à propos de la dilatation digitale du pylore. Nous avons vu que les vomissements avaient continué, ils ne cessèrent complètement que trois ans plus tard après la gastro-entérostomie.

Enfin, voici un cas type de ces vomissements rebelles également bien guéris par l'opération.

Due à l'obligeance de M. le Dr DELORE

P. M., 30 ans. La malade vient de la salle B. Teissier, où elle était entrée pour douleurs d'estomac. La mère est morte de pneumonie, son père encore vivant. Il souffrait de l'estomac et avait quelques vomissements. Un de ses frères avait aussi des douleurs d'estomac accompagnées de vomissements.

Jusqu'à 12 ans, la malade a joui d'une bonne santé. A douze ans, elle eut une fièvre typhoïde, et c'est à partir de cette époque que commencèrent les premières douleurs stomacales. Menstruation à 16 ans, assez régulière.

Depuis pas d'enfant. Pas de fausse couche, pas de syphilis, pas d'alcoolisme.

La malade rentre à l'hôpital pour des vomissements répétés. Il y a sept ans qu'elle vomit, mais depuis l'âge de

douze ans, elle souffre de l'estomac. C'étaient des douleurs assez vagues, survenant aussi bien à jeun qu'après avoir mangé, mais il n'y avait ni vomissements, ni hématomèse. Ces troubles persistèrent avec des alternatives de rémission et d'exaspération jusqu'à l'âge de 23 ans. L'état général était bon, il n'y avait pas d'amaigrissement.

A 23 ans, apparition des vomissements. Ceux-ci se produisent quelquefois à jeun, mais le plus souvent après l'ingestion des aliments. Assez souvent vomissements sanglants avec nombreux caillots noirs, dit la malade. Pas de troubles intestinaux, mais l'état général ne tarde pas à baisser progressivement ; la malade maigrit peu à peu et perdit ses forces. Les douleurs et les vomissements persistent, elle consulta un médecin qui l'envoya à Vichy. Depuis sept ans, elle fait chaque année une saison à Vichy et chaque fois elle en revient améliorée. Mais cet état n'est que passager, et au bout d'un mois les phénomènes reprennent avec la même intensité qu'auparavant.

A son entrée, la malade dont la peau est très pigmentée paraît très amaigrie. L'exploration de l'estomac ne révèle la présence d'aucune tumeur, la pression à la région épigastrique détermine une vive douleur avec irradiations dans le dos. En même temps, la peau à ce niveau est le siège d'hype-resthésie très accentuée, la simple préhension de la peau fait naître les mêmes douleurs que la pression.

L'estomac ne semble pas dilaté, pas d'ondulations épigastriques, mais clapotage assez net.

La malade vomit à peu près tout ce qu'elle prend, qu'il s'agisse de liquides ou d'aliments solides. Quant aux hématomèses, elle se réduisent pour le moment à de l'hémosiati-mèse. Ce phénomène attire l'attention du côté de son système nerveux et l'examen fit découvrir des stigmates hystériques très nets : douleurs à la pression dans la région ovarienne, clou hystérique, abolition complète de la sensibilité de tout le côté gauche, sauf au niveau de l'estomac, anesthésie pharyngée, anesthésie conjonctivale et, en outre,

abolition à peu près complète de la vision dans l'œil gauche.

Ces phénomènes nerveux associés à l'absence de tumeur et de symptômes pouvant s'appliquer soit à un ulcère soit à un néoplasme, font songer à des vomissements hystériques.

Pas de troubles du côté de l'intestin, rien au cœur ni aux poumons, pas d'albumine dans les urines.

14 août. — Laparotomie sus-ombilicale. Le foie est très abaissé. L'estomac une fois découvert, on fait une gastro-antéro-anastomose postérieure transmésocolique (procédé de Von Hacker) avec le bouton de Jaboulay. — Suture du péritoine au catgut. Suture complète de la paroi.

18 août. — Suites opératoires simples. La malade n'a eu qu'un vomissement léger avant-hier.

Alimentation avec lait et œufs.

Pansement le mercredi ; tout va bien.

22 août. — On enlève les fibres. Plaie guérie. La malade s'alimente très bien. On la fait repasser à Sainte-Marie, d'où elle venait.

Plus de vomissements.

DEUXIÈME PARTIE

Nous venons donc de citer l'exploration de l'estomac par la laparotomie, la gastroplastie, la divulsion digitale du pylore, la pyloroplastie et la gastro-entérostomie. Mais à laquelle de ces interventions faut-il recourir ? Toutes sont-elles également bonnes ?

Il est évident que, dans les cas à diagnostic un peu obscur, on tente d'abord une laparotomie exploratrice qui peut alors devenir le premier temps de l'opération curatrice. Mais cette réserve étant faite, il n'y a pas à hésiter. Pour les spasmes comme pour les rétrécissements fibreux, ulcéreux, cicatriciels, réflexes ou dyspeptiques, c'est la gastro-entérostomie qui est l'intervention de choix, vraiment idéale. La pyloroplastie et la divulsion digitale du pylore ont certes quelquefois pu donner de beaux résultats, mais elles ne sauraient être comparées à la gastro-entérostomie.

Du reste, la récurrence pourrait survenir, elle s'est vue, et c'est ce qui contribue pour beaucoup à rejeter ces opérations. Au contraire, la gastro-entéro-anas-

tomose recueille tous les suffrages, parce qu'elle s'adresse à tous les cas. Et dans les vomissements incoercibles de l'hystérie, on ne sait jamais au juste si ces vomissements sont dus uniquement à la névrose ou si une affection organique vient les compliquer. C'est là une double forme qu'il ne faut jamais oublier.

Supposons que les vomissements soient psychiques, occasionnés par des troubles mentaux. Ici la chirurgie semble ne pas avoir à intervenir du tout : et de fait elle intervient le moins souvent possible. Il faut surtout ne pas traiter ces malades à la légère et ne pas s'en moquer. « L'hystérique qu'on provoque, dit Lasègue, ne pardonne pas. Que le praticien se taise, réserve son pronostic et n'oublie pas que lorsque l'inanition date de plusieurs années, elle constitue un état pathologique à longue échéance. » Il faut se garder de faire comprendre à la malade que son mal n'est qu'un effet de sa volonté, car devant notre scepticisme elle se raidira dans un effort de volonté et aggravera de ce fait sa maladie pour mieux se persuader qu'elle existe.

« L'excès d'insistance appelle l'excès de résistance. » Or tout dans son entourage l'incite à être malade, par l'attention dont elle devient l'objet, par la conversation qui roule toujours sur sa maladie devenue une véritable obsession pour la famille et à laquelle on peut appliquer le mot de Virgile pour la calomnie : *Vires acquirit eundo*.

Dans ce cas, le meilleur traitement consiste dans l'isolement. Il enlève la malade à son milieu habituel

en lui supprimant la suggestion et en permettant au médecin d'exercer plus facilement sa volonté. Il est bon d'y associer largement l'hydrothérapie et surtout la suggestion, en un mot tout ce qui frappe l'imagination. Mais ces moyens peuvent échouer entre les mains des plus habiles et les exemples n'en sont, hélas ! que trop fréquents. Qu'est-ce qui peut alors mieux agir sur l'esprit de l'hystérique qu'une opération. Si on la lui propose en lui promettant la guérison, elle s'y soumet volontiers, avec une terreur salutaire, une émotion morale que le chirurgien doit rechercher et cultiver. Il en parlera longtemps à l'avance à la malade, la préparera pour ainsi dire, l'amènera à un point donné d'émotion. Enfin, après une intervention bénigne, il lui assurera qu'elle est maintenant bien guérie puisqu'il a remédié à tous les désordres. Et cette opération savamment préparée, habilement entourée de circonstances propres à frapper l'imagination de la malade en la suggestionnant, donne la plupart du temps, pour ne pas dire toujours, d'excellents résultats.

Qui n'a vu de ces cas, soit pour des hystériques, soit aussi pour des névropathes quelconques. J'en cite un cas curieux, rapporté par Pitres et emprunté à Chiarleoni (1).

« Une jeune femme, bien portante jusqu'en 1878, fut épouvantée par un incendie. Elle tomba aussitôt en convulsions, et, depuis cette époque, resta sujette à des accidents hystériques graves et variés, douleurs

(1) *Gazetta degli ospitali*, 1888.

abdominales, insomnies, vomissements incoercibles, paraplégie, amaigrissement extrême, etc. Admise à l'hôpital de Crémone, dans un service de médecine, elle y subit sans résultat toutes sortes de traitements. Son état s'aggravant sans cesse, on la montra, en 1883, à Charleoni. Celui-ci, après l'avoir examinée, déclara que l'unique ressource offrant quelques chances de succès, était la castration. Depuis lors, la malade ne cessa de réclamer à grands cris l'opération qui devait mettre un terme à ses souffrances. On ne consentit, pourtant, à céder à ses désirs qu'en 1887, neuf ans, donc, après le début des accidents hystériques. Mais voici comme l'on procéda. Les préparatifs de l'opération furent très solennels. La malade, transportée par des aides à l'amphithéâtre de chirurgie, fut anesthésiée par le chloroforme. La peau fut incisée superficiellement dans une longueur de 0.10 cm., et aussitôt recousue à l'aide de cinq points de suture. Un pansement iodoformé sur la plaie assura l'antisepsie. A partir de ce jour, le sommeil reparut, les vomissements cessèrent, les forces revinrent, la guérison fut bientôt complète. Elle persistait entièrement cinq mois après l'observation. »

Certes, nous ne contestons pas la valeur de ces faits, et nous savons le rôle considérable que joue la suggestion dans la thérapeutique de l'hystérie. Mais de ce que ce mode de traitement possède à son actif de nombreux succès, nous ne devons pas oublier que les insuccès qui lui sont dus sont également fréquents. Nous sommes d'autant moins disposés à admettre

toujours l'influence complète de la suggestion, dans le cas où le chirurgien intervient, que, précisément dans ces cas, la malade a été le plus souvent soumise antérieurement à divers traitements appropriés, entre autres à la suggestion, qui n'ont produit chez elle aucun soulagement. Nous pensons donc qu'à côté de cette catégorie de cas, il y en a une autre où l'on est forcé d'admettre que l'opération agit en modifiant ou en supprimant des organes malades, véritable épine qui constitue un foyer d'irritation, qui est, sans contredit, le point de départ des accidents.

En effet, après le spasme pylorique chez un hystérique, peuvent se greffer sur la muqueuse stomacale des lésions organiques, par exemple de la dilatation de cet organe et des ulcération. Nombreux, en effet, sont ceux qui regardent le spasme du pylore comme primitif et lui attribuent comme conséquences l'hyperchlorhydrie et l'ulcère. Ewald écrivait, il y a peu de temps : « D'après nos idées actuelles qui semblent être admises d'une façon générale, le spasme du pylore serait peut-être provoqué par de l'hyper-acidité ». Mais c'est surtout Doyen (Traitements des affections chirurg. de l'estomac, 1895) qui considère le spasme du pylore comme primitif « Le pylore est l'ennemi » et range parmi ses conséquences la dyspepsie grave, l'ulcère et la dilatation. Mikulicz a apporté de savantes observations à l'appui des idées de Doyen (Mit. am der Grenzzeld d. Ch. und Méd. II, 1 et 2). Mikulicz, dans quelques cas d'ulcère de l'estomac avec spasme du pylore con-

comittant, a obtenu la guérison de l'ulcère en faisant cesser le spasme pylorique. Si l'ulcère était la conséquence et non la cause du spasme du pylore, un tel résultat serait incompréhensible. Carle et Fantino regardent également le spasme comme primitif et l'hyperchlorhydrie comme sa conséquence (*Arch. für Klin. Ch.*, n° 56). Talma se range aussi parmi les partisans de cette théorie. Quant à Schitzler, il examina attentivement les malades qu'il laparatomisait et ses constatations (après l'opération rapportée plus haut) coïncidèrent avec celles de Mikulicz.

« Normalement pendant l'anesthésie, dit-il », le pylore est perméable au doigt, mais parfois on rencontre des individus dont le pylore, sans présenter de rétrécissement néoplasique ou cicatriciel, ne laisse pas passer le doigt à cause de la musculature circulaire. Normalement le pylore, au commencement de la digestion, doit être énergiquement fermé. L'estomac d'un opéré à jeûn depuis plusieurs heures ne peut naturellement se trouver dans cet état. Il se trouve généralement dans une phase où, d'après les données des physiologistes, le pylore doit être relâché. Les constatations faites sur le plus grand nombre des opérés confirment cette idée. Dans un petit nombre de cas, on a trouvé, au contraire, une occlusion spasmodique du pylore et un vrai rétrécissement de cet orifice. Il s'agit, bien entendu, dans ces cas, d'un état normal. En fait, cet état ne semble se rencontrer que chez les sujets qui souffrent de l'estomac.

Or, quand avec du spasme s'ajoutent des signes d'ulcère, ou quand le spasme amène des troubles graves de dilatation et que la thérapeutique médicale n'a pas donné de résultats, on est autorisé à intervenir chirurgicalement. Quand grâce au pylorisme, les vomissements durent des cinq, six, dix ans, ne peut-il se former des érosions, des fissures, des ulcérations très petites qui, au début, ne se manifestent que par le symptôme vomissements sans douleurs, ou hématomèses, et qui deviennent ensuite le prélude du vrai ulcère de l'estomac. Quelquefois même, il y a des hématomèses comme dans le cas type de Schnitzler (*loc. cit.*), ce qui peut égarer complètement le diagnostic. On a besoin d'un examen rigoureux de l'estomac et, alors même qu'on ne découvre rien d'objectif, si le moindre doute subsiste, on pratique une laparotomie exploratrice, et il est prudent de faire une gastro-entérostomie, ne serait-elle que préventive. On connaît, en effet, des cas de fissure où les recherches les mieux dirigées et les plus méticuleuses sont restées sans aucun résultat.

Et voilà pourquoi, dans les vomissements incoercibles de l'hystérie, on est amené à opérer. Un point qu'il nous reste à éclaircir est celui-ci :

Quelle variété de gastro-entérostomie devra-t-on faire ?

Conçue par Nicoladoni, et exécutée pour la première fois par Wœlfli à la clinique de Billroth, le 28 décembre 1881, cette opération resta longtemps l'apanage exclusif de cette clinique ; c'était le procédé antérieur et on le réservait presque uniquement

aux néoplasmes. Bientôt, Von Hacker s'aperçut de ses imperfections et il modifia la technique opératoire en imaginant la variété postérieure qui, à l'heure actuelle, est universellement préférée. Il y a aussi certaines modifications qui y ont été apportées par les chirurgiens, surtout le procédé en Y de Roux. Mais, en somme, pour le cas qui nous occupe, nos préférences iront à la gastro-entérostomie postérieure.

TROISIÈME PARTIE

Nous venons de voir pourquoi on opérait dans les vomissements hystériques rebelles ; nous étudierons maintenant la légitimité et les indications de ces interventions.

Il y a d'abord toute une catégorie d'opérations que l'on a essayées pour guérir l'hystérie et juguler ses symptômes : il s'agit de ces interventions qui ont porté sur les organes génitaux : ovariectomie, cautérisation du clitoris, clitoridectomie (1). Nous l'avons dit plus haut, le traitement le mieux approprié peut échouer contre les vomissements, ces manifestations qui peuvent compter parmi les plus rebelles de la névrose, car ils existent chez des adultes le plus sou-

(1) Voir en France surtout :

TESSIER. — Th. Paris, 1885.

MAGNIN. — Th. Paris, 1886.

CASTAGNAC. — Th. Montpellier, 1891.

V. DAILLON. — *France Médicale*, 1892.

ANTONO et JANNI. — *Riforma Medica*, 1893.

LELONG. — Th. Montpellier, 1902.

vent, chez des femmes déjà avancées en âge, sur lesquelles le médecin sait qu'en général il n'a aucune prise, ne possède aucune autorité. Acceptent-elles l'isolement, elles n'entendent, une fois isolées, n'en faire qu'à leur guise et si on veut les astreindre à une règle tant soit peu sévère, elles nous abandonnent et consultent un autre médecin. Par contre ces malades indisciplinées acceptent sans mot dire une opération qui ne les oblige à aucun effort psychique. On leur dit que l'extirpation des ovaires suffira à leur ôter tout leur mal. « Le moyen est trop simple, dit Gille de la Tourette, pour qu'elles ne se soumettent pas à une intervention chirurgicale dont elles ne retireront d'ailleurs, pour tout bénéfice mental et physique, qu'un plus grand déséquilibre moral et la stérilité ».

Non, l'intervention chirurgicale ne doit pas être érigée en principe dans ces cas : « Tout au plus, dit Grasset, dans certains cas d'hystérie coïncidant avec des lésions occupant la zone génitale, pourra-t-on, par un traitement rationnel de ces lésions, obtenir, en même temps la disparition des troubles nerveux ».

Il faut mettre en relief ce point essentiel : dans tous les cas, ou presque, les opérations ont été faites dans l'unique but de guérir les malades de leur état mental et ont porté sur des organes sains. Malgré quelques beaux résultats et quoiqu'en disent certains médecins (voir surtout la thèse de M. Lelong, Montpellier, 1902, qui traite avec science tout ce chapitre), on est forcé de ne pas suivre ces derniers sur ce terrain.

Les statistiques étrangères, fort instructives à cet

égard, nous montrent les résultats mauvais obtenus par leurs auteurs chez les hystériques et ne peuvent que nous confirmer dans l'opinion énoncée par Grasset et Gilles de la Tourette. Ces résultats défectueux ne viennent-ils pas s'ajouter aux raisons morales pour condamner à jamais une semblable pratique. On comprend qu'Angelreis ait été amené à conclure, en s'appuyant sur les faits qu'il a publiés, que l'intervention ne pouvait se justifier que par la gravité des maladies, sans qu'on puisse, dit-il à tort, espérer une influence heureuse sur l'état névropathique des femmes à opérer.

Nous ne nous arrêterons pas davantage sur ces « opérations barbares » ces « mutilations ». Mais, à côté de ces opérations qui s'adressent à la névrose elle-même et qu'on tend de plus en plus à oublier, il y a, croyons nous, place pour la chirurgie qui s'occupe des symptômes d'hystérie seulement. Aussi les auteurs que nous avons cités ont-ils opéré sans hésiter. Et pourtant certains neurologues n'en sont pas du tout partisans.

« Rien ne justifie ces interventions, dit Pitres, pas même le succès, car avant de faire courir à un malade les dangers inhérents à une intervention sanglante, il faudrait être certain que la guérison ne peut être obtenue que par des méthodes inoffensives, et cette certitude, on ne l'a jamais. Il paraît même démontré que, dans les cas heureux où des mutilations organiques graves ont été suivies de la guérison d'accidents hystériques anciens, ce n'est pas l'opération elle-même qui a fait la cure, mais bien l'émotion provo-

quée par l'opération, de telle sorte que le traitement plus ou moins chirurgical n'est au fond qu'une des formes de la révolution morale.

..... L'exemple de Chiarleoni prouve que l'opération n'est point la cause efficiente de la cure. Quand elle détermine la guérison, c'est purement par voie de révulsion psychique, tout comme l'inoffensive pilule de *mica panis* à laquelle on doit des succès tout aussi remarquables et beaucoup moins dangereux ».

Et dans une discussion (*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1901), Pitres exprime la même idée. M. Davezac rapportait l'histoire d'un malade qui présente une anesthésie cutanée et muqueuse totale et des vomissements incoercibles. Pendant longtemps, les vomissements n'ont apporté aucun trouble apparent à la santé générale, mais actuellement, la dénutrition commence et le malade maigrit. M. Davezac se demandait s'il n'existait pas, en dehors de l'hystérie, ou surajoutée à elle, une cause capable d'expliquer les vomissements, et si l'on ne serait pas en droit de faire une laparotomie exploratrice qui pourra toujours agir comme suggestion dans le cas où l'on ne trouverait pas d'autres lésions. M. Pitres lui répondit que rien ne légitimait ces interventions sanglantes chez des malades atteints de troubles purement fonctionnels, pas même les succès obtenus dans certains cas, la simple suggestion, même à l'état de veille, ou le simulacre d'une opération pouvant produire des résultats aussi favorables.

Evidemment, les hystériques ont un mode de réac-

tion particulier vis-à-vis des opérations. Les préoccupations morales anté-opératoires, l'opération elle-même deviennent quelquefois le point de départ d'une obsession qui les conduit à des troubles intellectuels. La dénomination, bien vieillie aujourd'hui; de choc opératoire semble leur convenir particulièrement. Sander, sous le titre d'interventions chirurgicales dans l'hystérie (*in Deutsche Med. Wechenst.*, 1899), en cite deux observations intéressantes. La première a trait à un homme de 23 ans, sujet depuis plusieurs années à des accès de météorisme abdominal accompagné de douleurs et de vomissements. Le 3 novembre 1896, il entre à l'hôpital où l'on reconnaît bien la nature hystérique des accidents ; mais, au bout de peu de jours, les symptômes du côté de l'abdomen prennent les allures d'une appendicite aiguë avec fièvre et obstruction intestinale, si bien qu'on fait la laparotomie latérale. On trouve l'appendice en place, légèrement congestionné, sans trace d'abcès. On referme donc le ventre. Mais deux jours après, surviennent des accidents qui se calment d'abord, puis reviennent pour disparaître et survenir alternativement.

En janvier, l'obstruction semble complète et, dans l'idée d'une obstruction par bride autour de l'intestin, on fait une laparotomie médiane. On résèque une bride qui laissait intact l'intestin, et on ferme le ventre. Le lendemain, symptômes de péritonite aiguë, puis de manie aiguë; on interne le malade pendant six mois; il tente de se suicider; on le perd ensuite de vue.

La deuxième observation se rapporte à une fille de 24 ans qui, dans l'espace de trois ans, a présenté successivement du météorisme abdominal, des vomissements incoercibles avec ovaralgie, une coxalgie hystérique, une rétention d'urine et enfin, le tableau de la péritonite par ulcère perforé de l'estomac. On l'a laparotomisé quatre fois dans des hôpitaux différents. Elle fut ensuite prise de manie aiguë et internée dans un asile.

Les chirurgiens allemands semblent s'être fait une spécialité malheureuse de ces laparotomies multiples sur le même patient. De ces deux cas cités par Sander, on peut rapprocher celui de Von Eiscloberg (*loc. cit.*) faisant une gastroplastie, puis deux gastrogastrostomies, une gastro-entérostomie sur la même hystérique.

Là, plus que partout ailleurs, on doit donc condamner ces abus opératoires, mais les abus seulement; comme dans la plupart des cas, la vérité est dans un juste milieu. Et si le traitement médical ne donne pas de résultats, on doit soumettre les malades à la laparotomie exploratrice. Avec les nouvelles données pathogéniques, la thérapeutique est devenue plus rationnelle, et guérit souvent sans faire appel à la bistouri. Mais dès que les vomissements durent trop longtemps, dès qu'on voit le sujet maigrir et se cachectiser, on a le droit de se rendre compte qu'il n'existe pas d'obstacle mécanique et qu'aucune lésion organique n'est venue à la suite du spasme. Et on a le devoir de ne pas attendre davantage pour sauver d'une mort presque certaine ou d'une affection

comme la tuberculose qui ne cherche qu'un terrain bien préparé.

On n'agit pas ainsi sur la névrose, on ne fait disparaître qu'une de ses manifestations. Sans doute, dans ces cas, nous faisons un traitement symptomatique, rien de plus.

Reste à savoir s'il peut à lui seul justifier l'opération. Et d'abord, cette conduite est-elle donc si exceptionnelle qu'on la repousse complètement ? Ne sommes-nous pas souvent obligés de nous attaquer uniquement aux symptômes, dans l'impossibilité où nous nous trouvons de pouvoir nous adresser à la cause même du mal ? On pourra prétendre que ce traitement est anti-clinique, tant qu'on voudra : nous répondrons que les symptômes sont quelquefois assez gênants par eux-mêmes pour nécessiter l'emploi d'un moyen thérapeutique qui les supprime, ce qui détermine toujours l'hystérique à réclamer ou à accepter une intervention opératoire, ce sont les vomissements rebelles qui lui rendent la vie insupportable et qui en font une source de chagrins ou de soucis pour tous ceux qui l'entourent. Il n'est donc pas indifférent qu'on puisse, par un traitement approprié, la débarrasser de ces accidents. Et qui importe après tout, que la malade reste quand même hystérique, si la névrose ne se manifeste plus d'une manière si ennuyeuse, si fréquente. Il n'est même pas absolument nécessaire que la vie soit en danger (quoiqu'elle le soit parfois, nous l'avons vu), il suffit qu'elle soit devenue insupportable pour justifier une intervention qui, pratiquée par un chirurgien expérimenté doit actuellement,

grâce aux procédés antiseptiques, aboutir le plus souvent à la guérison.

La gravité de la gastro-antérostomie est, en effet, un argument puissant invoqué par les non-interventionnistes. Mais c'est un fait indéniable que la mortalité de cette opération s'est considérablement abaissée sous l'influence des perfectionnements techniques nombreux qu'elle a subis et sur lesque nous n'avons pas à nous étendre. Les premières statistiques donnent une mortalité considérable, 66 % Sultzmänn, en 1886 ; 53 % Willhem, en 1893 ; Habershaut 42 %, en 1896 (1).

Puis vinrent celles de Gong 32 %, en 1897 ; Mikulicz, 27 % en 1896 ; Doyen 24 % en 1894 ; Carle et Fantino 24 % en 1893.

La statistique globale réunie par Chlumsky, en 1898, donne 550 cas, soit 38 1/2 % (dont 65 % jusqu'en 1885 ; 47 % de 1885 à 1890 ; 34 % depuis 1890). Celle de Mays Robson, en 1901, donne, sur 1.978 gastro-antérostomies pratiquées, 36 % de mortalité globale.

« Mais cette mortalité générale est peu instructive, car, ainsi que le fait très justement remarquer Guinard dans sa thèse, la gastro-antérostomie est une opération pratiquée la plupart du temps d'urgence, c'est-à-dire que l'on ne refuse pas à des moribonds. L'acte opératoire se charge ainsi d'une mortalité extrinsèque, et qui ne lui est pas directe-

(1) Statistiques extraites de la thèse de Lyon de M. Pinatelle « Indication de la gastro-enterostomie ».

ment afférente. Aussi les résultats de cette opération (défalcation faite des cas de sténoses cancéreuses) se bonifient-ils singulièrement.

Ainsi, la statistique nouvelle de Chlumsky donne :

De 1884 à 1899, 155 cas dont :

115 cancers avec mortalité de	35 %
34 affections bénignes avec mortalité de.	5 à 6 %

De 1897 à 1899 seulement, 38 cas, dont .

55 cancers avec mortalité de.....	36 %
23 affections bénignes avec mortalité de.	4,5 %

De même, Czerny (Beitr. f. Klinik Ch., 1899, tome 30, I) :

47 cancers avec mortalité de.....	38 %
15 autres cas avec mortalité de.....	11 %

Et Carles, (*Arch. f. Klin. Ch.*, 1897) :

24 cancers avec mortalité de.....	37,5 %
27 autres cas avec mortalité de..	7 %

Plus récemment, dans les affections non cancéreuses, Hartmann n'a eu que quatre morts sur vingt-sept cas ; Terrier, un sur dix-neuf ; Pantaloni, un sur vingt-cinq ; May, un sur quinze et Pétersen, cinquante-neuf succès consécutifs ; Carles, un mort sur quarante-quatre cas ; Kaiser, de Berlin, quinze succès consécutifs en 1902.

On voit ainsi que la mortalité de la gastro-antérostomie dépend surtout, entre des mains exercées, de l'état général du sujet. Pour les cancers, elle est encore élevée et décroît lentement. *Dans les autres affections, elle est devenue très faible et s'abaisse chaque jour.*

Elle doit certainement rester au-dessus de 3 0/0, à l'heure actuelle, et sera bientôt pratiquement nulle. La péritonite et le *circulus vitiosus* sont et resteront de très rares accidents attribuables à des défauts de technique. »

Nous ne devons donc pas reculer devant la mortalité donnée par les statistiques, car, en les voyant par date, nous voyons qu'elles s'améliorent chaque année, et il nous faut toujours marcher en avant : *nunquam retrosum*, a dit Billroth.

On voit que, dans ces dernières années, le patrimoine de la chirurgie s'est considérablement augmenté. Et, pour ce qui concerne l'estomac en particulier, nombre d'affections sont devenues justiciables de l'intervention sanglante qui, jusque là, étaient réputées purement médicales. « Il y a un peu plus de dix ans, disait Kefer en 1893, on aurait appelé rêveur celui qui, à propos des affections de l'estomac, aurait parlé de la possibilité d'une intervention chirurgicale. Et Kussmaül, après s'être demandé si les générations futures, dans un avenir lointain, seraient amenées à tenter le rétrécissement (je ne dis pas le spasme) du pylore par le bistouri, écrivait : « Qui pourrait, dans le temps où nous vivons, répondre à notre question ? » Cet avenir était peu lointain, et Kussmaüll lui-même a pu voir la réalisation de son rêve : la cure radicale de certaines gastropathies graves ou légères, la cure radicale même du spasme pylorique, par l'intervention sanglante.

CONCLUSIONS

1^o Dans les vomissements de l'hystérie, le traitement médical occupe la première place et doit être continué longtemps.

2^o Mais s'il échoue, si les vomissements sont incoercibles, il est légitime d'intervenir et on doit même le faire avant que le sujet ne soit complètement cachectisé.

3^o La laparotomie exploratrice permettra de voir s'il y a des lésions. Quand bien mêmes celles-ci seraient absentes et qu'il n'y aurait que du spasme pylorique ou stomacal, l'intervention de choix serait la gastro-entérostomie postérieure.

4^o L'intervention chirurgicale fixe le diagnostic par la vue et guérit, soit en frappant l'imagination du sujet, soit par elle-même, en remédiant aux lésions primitives ou à celles qui peuvent s'y être ajoutées.

Vu :

Le Président de la Thèse,

PONCET.

Vu :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 15 janvier 1903.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AXENFELD et HUELARD. — Traité de l'hystérie.
BASSET. — De l'hystérie gastrique. Th. Paris, 1888.
BOUVERET. — Des maladies d'estomac.
BRISAUD. — *Semaine médicale*, 1899.
CARLE et PANTINO. — (*Centralblatt f. ch. Leipzig*, 1898).
CARRIÈRE. — *Nord médical*, 1902.
CHIARLEONI. — *Gazetta degli ospitali, Annal.* nos 8 et 9, 1888.
DENIAU. — Hystérie gastrique. Th. Paris, 1883.
DOYEN. — *Académie de méd.*, 10 janvier 1899.
EISELSBERG. — Congrès Paris, 1900.
EWALD, in *Wien. med. Wöchen.*, 1898.
GILLES DE LA TOURETTE, in *Thérapeutique appliquée de Robin*, n° 15.
GRASSET et RAUZIER. — Maladies du système nerveux.
GÉLINEAU. — Névroses spasmodiques.
GUEDY. — De la gastro-entérostomie. Th. Paris, 1898.
GUINARD in traité de chirurgie Delbet-Reclus.
HARTMAN. — Technique des opérations chirurgicales.
Commun. Soc. de chirurgie, 1898.

- JABOULAY. — *Lyon médical*, 1899.
LELONG. — Intervention chirurgicale dans l'hystérie. Th. de Montpellier, 1902.
PINATELLE. — De la gastro-entérostomie. Th. Lyon, 1902.
PITRES. — Leçons cliniques sur l'hystérie. Disc. in *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1901.
PLANCHU. — De la pyloroplastie. Th. Lyon, 1898.
L. PICQUÉ et FEBVRE. — *Soc. de chirurgie*, 1898-99.
L. PICQUÉ et BRIAND — — —
ROBIN. — *Bull. Thérap.*, 1901.
ROBINSON. — *Lancet*, 1893.
SNITZLER. — *W. med. Wich.*, 1898.
SCHLOFFER. — *Prag. Méd. Wich.*, 1898.
TUFFIER. — *Société de chirurgie*, 1898.
WILHELM. — De la gastro-entérostomie. Th. Nancy, 1893.
-

